

Mestrado em Educação para Saúde

Análise da Abordagem Educacional no Nível de Conhecimento de Idosos Acerca dos Riscos de Queda

Agêge Haidar Filho

Coimbra, 2019

Agêge Haidar Filho

Análise da Abordagem Educacional no Nível de Conhecimento de Idosos Acerca dos Riscos de Queda

Trabalho de Projeto do Mestrado em Educação para a Saúde, apresentada à Escola Superior de Educação de Coimbra e à Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Constituição do Juri

Presidente: Prof.^a Doutora Maria Antônio Ferreira de Castro

Arguente: Prof.^a Doutora Sandra Cristina Fernandes Amado

Orientadora: Prof.^a Doutora Anabela Correia Martins

Janeiro, 2019

Análise da abordagem educacional no nível de conhecimento de idosos acerca dos riscos de queda

Resumo: Segundo dados da própria OMS, estima-se que, para o ano de 2050, existirão cerca de 2 bilhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, sendo a maioria vivendo em países em desenvolvimento. Neste contexto, a estimativa desse aumento expressivo no número de idosos, o grande desafio é o estabelecimento de políticas públicas e estratégias que venham garantir a qualidade de vida dessas pessoas idosas. As estratégias de educação a exemplo de palestras, cartilhas e autocuidados apresentam evidência de moderada a forte e têm sido usadas para melhorar o enfrentamento de doença e aderência aos tratamentos propostos.

O objetivo da pesquisa foi analisar a abordagem educacional no nível de conhecimento de idosos acerca dos riscos de queda.

Trata de um estudo de caráter quantitativo, descritivo de delineamento longitudinal, realizada no período de outubro de 2017 a março de 2018 em 60 idosos de ambos os sexos, selecionados de forma não probabilística, da Comunidade da Ponta-do-Farol, sendo um grupo de idosos participantes de reunião regular da comunidade assistida pela Pastoral da Pessoa Idosa. Os idosos participaram de 4 encontros com palestras informativas na temática de quedas e após foi aplicado o questionário de Kirkpatrick. A análise dos dados foi realizada com o teste do quiquadrado de independência, o teste do quiquadrado de aderência e ainda, foi aplicado o teste de correlação de Spearman (Rs). O programa estatístico utilizado foi o SPSS 24.0 (IBM, Armonk, NY, USA). O nível de significância estabelecido foi de 5%.

A maioria da amostra foi constituída de idosas do sexo feminino, viúvas. A escolaridade não foi um fator que influenciou na frequência de queda dos participantes ($P > 0,05$). Com relação ao nível de conhecimento, não demonstrou ter havido diferença significativa no decorrer dos encontros. Os resultados expressaram que houve uma correlação significativa entre o número de encontros e o aumento dos escores da autopercepção da saúde.

Os níveis de conhecimento de idosos acerca do risco de quedas e sua aplicabilidade na vida cotidiana aumentou, embora esse incremento não tenha tido diferença significativa.

Palavras-chave: Idosos, Nível de conhecimento, Quedas.

Analysis of the educational approach in the level of knowledge of elderly about risk of fall

Abstract: According to WHO data, it is estimated that by the year 2050 there will be about 2 billion people aged 60 and over in the world, most of them living in developing countries. In this context, the estimation of this significant increase in the number of elderly people, the great challenge is the establishment of public policies and strategies that will guarantee the quality of life of these elderly people. Education strategies such as lectures, booklets and self-care present evidence from moderate to strong and have been used to improve disease coping and adherence to the proposed treatments.

The objectives are to analyze the educational approach in the knowledge level of the elderly about the risks of falling.

This is a quantitative study, descriptive of a longitudinal design, carried out from October 2017 to March 2018 in 60 elderly people of both sexes, selected in a non-probabilistic way, from the community of Ponta do Farol. a group of elderly participants in a regular community meeting attended by the Pastoral Care of the Elderly Person. The elderly participated in 4 meetings with informative lectures on the topic of falls and after the Kirkpatrick questionnaire was applied. The data analysis was performed with the independence chi-square test, the adherence chi-square test and Spearman's correlation test (Rs). The statistical program used was SPSS 24.0 (IBM, Armonk, NY, USA). The level of significance was set at 5%.

The majority of the sample consisted of elderly women, widows. Schooling was not a factor that influenced the drop frequency of the participants ($P > 0.05$). Regarding the level of knowledge, it did not show that there was a significant difference during the meetings. The results showed that there was a significant correlation between the number of encounters and the increase of the scores of the self-perception of health.

The levels of knowledge of the elderly about the risk of falls and their applicability in daily life increased, although this increase did not have a significant difference

Keywords: Elderly, Knowledge level, Falls.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	1
2. ENQUADRAMENTO/ CONCEPTUALIZAÇÃO DO PROJETO/ FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	7
3. METODOLOGIA DO PROJETO	15
3.1. Diagnóstico da situação e objetivos	17
3.2. Participantes	17
3.3. Instrumentos de Avaliação	17
3.4. Procedimentos	20
3.5. Descrição das atividades de educação para a saúde realizadas	21
4. RESULTADOS	23
5. DISCUSSÃO	29
6. CONCLUSÃO	35
BIBLIOGRAFIA	39
APÊNDICES	43
Apêndice I - Ficha de Avaliação	45
Apêndice II - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido	47
ANEXOS	49
Anexo I - Mini Mental	51
Anexo II - Escala dos Níveis de Avaliação de Kirkpatrick	52
Anexo III – Escala de Auto percepção de saúde	53
Anexo IV - Parecer consubstancial do CEP	54

Abreviaturas

OMS - Organização Mundial de Saúde

MS - Ministério da Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PPI - Pastoral da Pessoa Idosa

MEEM - Mini Exame do Estado Mental

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APS - Auto Percepção da Saúde

R_s - Correlação de Spearman

Tabelas

Tabela 1. Característica sócio demográfica da amostra	25
Tabela 2. Frequência de queda de acordo com a escolaridade do participante.....	26
Tabela 3. Frequência de respostas afirmativas de acordo com cada encontro e em cada nível de avaliação	26
Tabela 4. Frequência absoluta dos escores da auto percepção da saúde (APS) após quatro encontros	27

1. INTRODUÇÃO

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) define idoso o indivíduo a partir de 60 anos para os países em desenvolvimento e 65 anos nos países desenvolvidos. Considera-se ainda o processo de envelhecimento uma história de sucesso nas Políticas de Saúde públicas e sociais, constituindo uma das causas de redução da mortalidade nos países. Ainda segundo os dados da própria OMS, estima-se que, para o ano de 2050, existirão cerca de 2 bilhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, sendo a maioria vivendo em países em desenvolvimento.

O Brasil deverá passar em 2025 para a sexta posição mundial em termos de número absoluto de indivíduos com 60 anos ou mais, algo que está intrinsecamente relacionado às modificações sanitárias, sociais e políticas (Ministério da Saúde [MS], 2006).

Neste contexto, a estimativa desse aumento expressivo no número de idosos, o grande desafio é o estabelecimento de políticas públicas e estratégias que venham garantir a qualidade de vida dessas pessoas idosas (Nascimento, Monteiro, Ferreira, & Santos, 2013).

Segundo Rodrigues, Barbeito e Alves Júnior (2010), a incidência de quedas é alta em idosos e este evento pode ocasionar diminuição da autonomia e capacidade funcional, o isolamento social e até mesmo provocar a morte por limitações decorrentes da queda.

Desta maneira, entendemos que as causas que influenciam a ocorrência de quedas de idosos são múltiplas sendo que os fatores intrínsecos compreendem as alterações fisiológicas do envelhecimento, as condições patológicas e as reações ao uso de fármacos são relatadas nessa categoria de causas a presença de fraqueza muscular, diminuição do equilíbrio e da coordenação motora corporal, déficit visual e deterioração cognitiva. Entre os fatores extrínsecos, citam-se os perigos ambientais (pisos escorregadios, obstáculos no piso do quintal, escadas sem corrimão, entre

outros), situações sociais de risco, uso de calçados e acessórios de mobilidade inadequados ou utilizados de modo incorreto (Nascimento & Tavares, 2016).

De acordo, ainda, com Nascimento e Tavares (2016), os fatores intrínsecos e extrínsecos mais relevantes ocorrem principalmente no sexo feminino, na idade avançada; há tontura, consumo de medicações variadas de uso contínuo; declínio cognitivo, presença de doenças crônicas; desempenho físico pobre; histórico de quedas anteriores, ambientes com superfícies escorregadias e iluminação insuficiente.

Com relação ao processo de envelhecimento Rosa Neto (2009) relata já haver o risco de incapacidade, a deterioração da qualidade de vida e a perda da independência, que são processos que dele fazem parte. No processo de envelhecimento, é comum destacarem-se, também, as doenças crônicas degenerativas que ensejam alterações em vários órgãos do idoso, bem como distúrbios de postura e equilíbrio (Gonçalves, Ricci, & Coimbra, 2009).

As estratégias de educação a exemplo de palestras, cartilhas e autocuidados apresentam evidência de moderada a forte e têm sido usadas para melhorar o enfrentamento de doença e aderência aos tratamentos propostos, uma vez as patologias nos idosos apresentam tratamentos longos que podem levar de meses a anos (Kindelan-Calvo et al., 2014).

A transmissão do conhecimento através de palestras para idosos deve seguir princípios da Andragogia, ressaltados por Santos et al. (2017), como o entendimento da capacidade do adulto de ser auto direcionado agindo de forma independente com o conteúdo assimilado, respeito à experiência adquirida ao longo da vida e a intensa motivação por aprender. Isto enseja ao indivíduo a aplicabilidade imediata do conhecimento. Segundo esse autor, a orientação passa ter foco em problemas usuais do cotidiano dos indivíduos.

Assim, a elaboração e execução de projetos que estimulem o conhecimento sobre as condições que permeiam as condições clínicas de alterações no envelhecimento, por meio de palestras e informações, são necessários para a melhor condução do processo de envelhecimento. Enfatiza-se minimizar fatores extrínsecos correlacionados a quedas dos idosos e mensurar seu nível de conhecimento após a recepção das informações torna-se de suma relevância.

2. ENQUADRAMENTO/ CONCEPTUALIZAÇÃO DO PROJETO/ FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Enquadramento/ Conceptualização do Projeto/ Fundamentação Teórica

Considerando o crescente aumento da população idosa e o envelhecimento como um acontecimento inevitável, acompanhado de declínio funcional, com consequentes alterações de equilíbrio e de episódios de queda, observa-se a necessidade de serem mantidas adequadas as capacidades motoras, com ênfase na funcionalidade, por meio de incentivo à informação relacionadas ao equilíbrio do idoso.

Portanto, considerando-se o aumento da população idosa no mundo e a necessidade de manter esses idosos funcionalmente aptos por maior tempo possível, melhorando-lhes as estratégias de preservação do equilíbrio funcional, esta pesquisa pretende responder à seguinte questão: O uso de palestras educativas possibilitará melhora no nível de conhecimento de fatores protetivos ao risco de quedas em idosos?

As alterações progressivas das aptidões funcionais do organismo como consequências do envelhecimento acabam por limitar as capacidades do idoso em realizar suas atividades habituais gerando-se, assim, um quadro de incapacidade, adotando a postura de dependência, e dando origem a sentimentos de inutilidade e solidão que conduzem à perda gradativa das relações afetivas e sociais. Dessa forma, o envelhecimento populacional se traduz em maior carga de doenças e incapacidades, refletindo-se na maior procura dos idosos por serviços de saúde (Witter, Buriti, Silva, Nogueira, & Goma, 2013).

Com relação à população brasileira, que vem sofrendo grandes transformações nas últimas cinco décadas, como, por exemplo, as transições decorrentes de mudanças nos níveis de mortalidade e de fecundidade, em ritmos nunca vistos anteriormente, o número de brasileiros acima de 65 anos deve praticamente quadruplicar até 2060. O número de pessoas no Brasil acima de 60 anos continua crescendo: de 12,6% da população, em 2012, passou para 13% em 2013. Já são 26,1 milhões de idosos no país (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2014).

Com o envelhecimento, ocorrem alterações na estrutura e função das células e, consequentemente, o metabolismo diminui 3% a cada dez anos. Associado a esse fenômeno verifica-se a diminuição dos reflexos, da densidade óssea, da força e da massa muscular denominado sarcopenia; do equilíbrio; da coordenação e da capacidade aeróbica; dessa forma, a capacidade da tolerância em realizar atividade física fica comprometida, ocorrendo, portanto, uma diminuição das atividades funcionais (Tavares & Sacchelli, 2009).

O indivíduo, com o avançar da idade, passará a apresentar deficiências no controle genético da produção de proteínas estruturais, de enzima e dos fatores neurotróficos. Este fenômeno torna mais difícil a neurogênese, a plasticidade, a condução e a transmissão dos impulsos nervosos. Com isso, são gerados os déficits consideráveis no equilíbrio estático e dinâmico (Meireles, Pereira, Oliveira, Christofolletti, & Fonseca, 2010).

Dessa forma, para que o equilíbrio funcional ocorra de forma adequada é necessário um conjunto de estruturas funcionalmente sintonizadas. São elas: o sistema vestibular, a visão e o sistema somatossensorial (propriocepção). Dentre esse conjunto de estruturas, a propriocepção destaca-se como a capacidade perceptiva motora mais importante para manter o equilíbrio e a funcionalidade de todo esse sistema de forma harmônica (Freitas, Carvalho, & Vilas Boas, 2013).

Outro fator importante é a perda da massa muscular e, consequentemente, da força muscular, sendo a principal responsável pela deterioração na mobilidade e capacidade funcional do indivíduo que está envelhecendo, predispondo-o ao desequilíbrio. A perda de força e potência muscular enseja a diminuição na capacidade de promover torque articular rápido e necessário às atividades que requerem força moderada, como elevar-se da cadeira, subir escadas e manter o equilíbrio ao evitar obstáculos.

O treino com resistência ajuda a compensar a redução na massa e força muscular, melhorando a densidade óssea e a estabilidade postural. A literatura atual evidencia que idosos praticantes de atividade física têm menor propensão a quedas, se comparados a idosos sedentários, visto que o fortalecimento dos principais músculos, estabilizadores do membro inferior, garantem maior controle motor para os mesmos (Pedrinelli, Garcez-Leme, & Nobre, 2009).

Com relação a quedas em idosos, estudos apontam que a prevalência é alta tanto em idosos ativos e saudáveis, quanto naqueles com menor nível de atividade e mais frágeis, e que a mesma, em ambos os casos, está relacionada à maior exposição a fatores de risco ambientais e intrínsecos, tarefas com maior demanda sobre o equilíbrio corporal, fraqueza muscular, limitações visuais, distúrbios desse equilíbrio corporal e da marcha, seria mais determinante. Contudo, observa-se que há grande relação entre equilíbrio e queda nessa população, e que o equilíbrio preservado desse idoso pode contribuir para a diminuição de quedas tanto em idosos ativos ou frágeis (Couto & Perracini, 2012).

De acordo com Morsch, Myskiw e Myskiw (2016) existe um hiato entre a existência e o conhecimento de fatores de riscos e a percepção desses riscos pelos idosos, tornando se assim importante discutir esses fatores de riscos para que eles possam considerar essas informações no cotidiano de suas vidas diariamente.

A estabilidade do corpo dependerá da recepção adequada de informações de componentes sensoriais, cognitivos (incluindo a orientação têmporo espacial, a memória, o cálculo, a capacidade de planejamento e linguagem), integrativos centrais e musculoesqueléticos de forma integrada (Pereira, Buksman, Perracini, Py, Barreto, & Leite, 2001). Segundo esse autor, o efeito cumulativo de alterações relacionadas à idade, às doenças presentes nesta faixa de idade e, ainda, ao meio-ambiente inadequado. Tais fatores parecem predispor a queda nos idosos.

Dessa forma, o comprometimento estrutural desse sistema gera um dos principais fatores que, hoje, limita a vida do idoso, a instabilidade postural e, consequentemente, a funcional, que vem acompanhada da dificuldade em manter posturas adequadas e que frequentemente ocasionam as quedas (Oliveira & Prati, 2014).

Segundo Borges, Santos, Kummer, Fior, Molin e Wibeling (2014), a autopercepção de saúde dos idosos pode ser usada como ferramenta para melhorar-lhes as condições de saúde e acesso aos serviços de saúde por parte dessa população, independentemente da condição social, uma vez que é um importante indicador de mortalidade, ou seja: pessoas com pior percepção do estado de saúde terão maior risco de morte, quando comparadas com as que relatam saúde excelente. Além de preditor da mortalidade, segundo o mesmo autor, a percepção da saúde, ou autoavaliação da saúde, também está relacionada ao declínio funcional.

Roldão (2009) afirma que o ser humano é um ser aprendiz e que, desde o momento do nascimento até o seu momento final, a vida lhe cobra uma constante aprendizagem, seja para que possa sobreviver, seja para viver com qualidade. Um motivo para se manter a aprendizagem contínua, especialmente em adultos-idosos, é a função protetora que a Educação pode ter sobre a saúde. Manter-se o cérebro ativo, exercitando-o e também por outro mecanismo: o de possibilitar atividades e espaços para o desenvolvimento da personalidade.

De acordo com Deponti e Acosta (2010) é imprescindível que o indivíduo da terceira idade desperte a curiosidade de buscar novos conhecimentos para assim, aperfeiçoar e prolongar seu autocuidado.

Segundo o Estatuto da Pastoral da Pessoa Idosa (PPI, 2004), a mesma foi fundada em 2004 sendo uma entidade associativa, de direito privado, sem fins econômicos, de caráter religioso e filantrópico, com atuação no campo Federal, Estadual e Municipal que se propõe a desenvolver atividades de reuniões em grupos nas comunidades abordando diferentes temas vinculados ao envelhecimento humano. Nesta pesquisa,

abordamos a temática de quedas com os idosos e acompanhamos seu nível de conhecimento acerca do assunto.

Avaliar a forma de compreensão de um conceito é um processo de obtenção de informações sobre um programa educacional para posterior julgamento e tomada de decisão. O modelo mais conhecido e utilizado na educação da saúde é o modelo de Kirkpatrick, que foi proposto inicialmente para avaliar os resultados do treinamento oferecido por equipes de recursos humanos (Bollela & Castro, 2014).

3. METODOLOGIA DO PROJETO

Metodologia do Projeto

A pesquisa trata de um estudo de caráter quantitativo, descritivo de delineamento longitudinal, realizada no período de outubro de 2017 a março de 2018.

3.1. Diagnóstico da situação e objetivos

O objetivo geral do estudo foi analisar a abordagem educacional no nível de conhecimento de idosos acerca dos riscos de queda.

Os objetivos específicos propostos foram caracterizar clínica e sócio-demograficamente a amostra estudada; verificar a relação entre auto percepção da saúde e o aprendizado de informações educativas acerca do risco de queda em idosos e ainda investigar associação entre escolaridade e frequência de quedas.

3.2. Participantes

Para esse estudo, a amostra foi constituída de forma não probabilística por 60 idosos, de ambos os sexos, da Comunidade da Ponta-do-Farol, sendo um grupo de idosos participantes de reunião regular da comunidade assistida pela Pastoral da Pessoa Idosa. Foram incluídos indivíduos que aceitaram participar de todas as etapas da pesquisa, idosos com nível de cognição satisfatório e idade superior a 60 anos na ocasião da coleta. Foram excluídos os idosos cadeirantes por não desenvolverem a marcha e portanto não constituírem grupo de risco de quedas.

3.3. Instrumentos de Avaliação

Inicialmente foi realizado uma entrevista individual com os participantes na qual foi preenchido um questionário, contendo dados pessoais, sócio-demográficos e clínicos (Apêndice I).

Logo em seguida, foi aplicado o teste Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Anexo I), pelo pesquisador aos idosos, onde eles responderam aos questionamentos da função cognitiva. O teste é composto por diversas questões tipicamente agrupadas em 7 categorias, cada uma delas desenhada com o objetivo de avaliar “funções” cognitivas específicas: orientação para tempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos), registo de 3 palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das 3 palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos), e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do mini exame do estado mental pode variar de um mínimo de 0 até um total máximo de 30 pontos. Foi determinado o ponto de corte de acordo com o grau de escolaridade dos idosos para a determinação de déficit cognitivo. Para se determinar a nota de corte do MEEM, foram utilizadas as médias propostas por Brucki, Nitrini, Caramelli, Bertolucci e Okamoto (2003) para as diversas faixas de escolaridade. Para 1 a 4 anos de escolaridade foi utilizada a nota 22, para 5 a 8 anos, a nota 24, e para mais de 9 anos de escolaridade, a nota 26. Foi obtida nota de corte de 18 pontos para analfabetos, conforme critério estabelecido por Caramelli, Herrera Júnior e Nitrini (1999).

Posteriormente, os idosos incluídos no estudo foram alocados para assistir a palestra informativa sobre os fatores de risco de quedas em idosos seguindo o documento do Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2008).

Nessa palestra foram abordados os critérios estabelecidos no referente documento. Como fatores de risco intrínsecos foram enfocadas as alterações fisiológicas do processo de envelhecimento (diminuição da visão; diminuição da audição; distúrbios vestibulares, distúrbios proprioceptivos, aumento do tempo de reação à situações de perigo; diminuição da sensibilidade dos baroreceptores à hipotensão postural; distúrbios músculo-esqueléticos, cardiovasculares, neurológicas, endócrino-metabólicas, pulmonares, distúrbios psiquiátricos. A identificação do uso de medicações específicas tais como ansiolíticos, hipnóticos, antipsicóticos, antidepressivos; anti-hipertensivos; anticolinérgicos; diuréticos; antiarrítmicos;

hipoglicemiantes; anti-inflamatórios não-hormonais; ou ainda o uso de polifármaco registada como uso de cinco ou mais drogas associadas.

Os fatores de risco extrínsecos, conhecidos como fatores ambientais, abordados foram iluminação inadequada; superfícies escorregadias; tapetes soltos ou com dobras; degraus altos e/ou estreitos; obstáculos no caminho; ausência de corrimãos em corredores e banheiros; prateleiras excessivamente baixas ou elevadas; calçados inadequados e/ou patologias dos pés; maus-tratos; roupas excessivamente compridas; via pública mal conservada com buracos ou irregularidades.

Ao final de cada uma das quatro palestras, foi aplicado o questionado de Kirkpatrick (1967) de forma individualizada pelo pesquisador aos idosos.

Sendo assim, a mensuração do nível de aprendizado das informações das palestras foi avaliada, estabelecendo-se quatro níveis: reação (avalia se os participantes gostaram do treinamento), aprendizado (avalia o conhecimento adquirido pelos participantes no final do treinamento), comportamento (avalia o que há de diferente no comportamento dos participantes após o treinamento) e resultado (avalia o impacto provocado pelas mudanças no comportamento ocorridas após o treinamento) (Anexo II).

O nível 1 avalia as reações das pessoas ao treinamento por elas realizado. As reações são definidas como a percepção dos participantes sobre o treinamento. Existem dois tipos: as reações afetivas, que estão relacionadas com o quanto os participantes gostaram do treinamento; e as reações instrumentais (utilidade), que estão relacionadas ao quanto os participantes acharam o treinamento “útil”.

O nível 2 avalia a aprendizagem ocorrida durante o treinamento, podendo ser definida em três níveis: atitudes (sentir); conhecimento (saber) e habilidades (fazer). Em relação às atitudes, a questão básica a ser respondida é: “Será que os participantes se sentem

de forma diferente, como resultado de determinado treinamento?” Em relação ao conhecimento, a questão básica a ser respondida é: "Será que os participantes sabem algo novo como resultado do treinamento?" A respeito de competências, a pergunta é: “Os participantes podem fazer algo diferente ou novo como resultado do treinamento?”.

O nível 3 avalia as mudanças no comportamento ocorridas pela participação no treinamento. O comportamento é definido como e quanto às novas atitudes, conhecimentos e/ou habilidades são transferidos para o cotidiano. Em outras palavras, esse nível avalia se os participantes se propõem a usar o que aprenderam.

O nível 4 avalia os resultados, sendo definidos como os benefícios que são produzidos a partir do treinamento.

A escala de autopercepção da saúde foi aplicada em uma entrevista que perguntava ao idoso como ele percebia a sua saúde no momento, e o mesmo a respondia em uma escala qualitativa que variou de muito ruim – ruim – normal – boa – muito boa. (Anexo III).

3.4. Procedimentos

Os recursos destinados para realização desta pesquisa foram recursos próprios do pesquisador contando com a parceria da Pastoral da Pessoa Idosa que contribuiu com a sala com cadeiras e microfone para os encontros.

Este estudo foi baseado na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Os sujeitos envolvidos na pesquisa foram idosos, e estes foram devidamente informados e esclarecidos quanto à

importância e objetivo da pesquisa e só iniciaram a participação após aceitação voluntária da participação.

Em um segundo momento assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice II), onde foram garantidos a possibilidade de não participação na pesquisa ou desistência, a privacidade, confiabilidade e a garantia do anonimato dos participantes. Esta pesquisa somente teve início após a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Ceuma sob o parecer de número 2.319.705 (Anexo IV).

A análise dos dados foi realizada com o teste do quiquadrado de independência que foi utilizado para verificar se a frequência de quedas no último ano. Se teve alguma relação com grau de escolaridade, enquanto o teste do quiquadrado de aderência foi aplicado para testar se a frequência de respostas afirmativas, em cada nível de avaliação, foi diferente ao longo dos encontros. Para testar a hipótese que a autopercepção da saúde dos participantes melhorava no decorrer dos encontros, foi aplicado o teste de correlação de Spearman (Rs).

O programa estatístico utilizado foi o SPSS 24.0 (IBM, Armonk, NY, USA). O nível de significância estabelecido foi de 5%.

3.5. Descrição das atividades de educação para a saúde realizadas

Conforme os critérios de inclusão estabelecidos no estudo, os idosos foram alocados para as palestras que foram ministradas em 40 minutos de duração em cada encontro. Foi discorrido o tema de quedas em idosos, considerando-se a identificação de fatores intrínsecos e extrínsecos relacionadas a quedas em idosos identificados pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2008).

A palestra foi associada à visualização de imagens no data show com estímulo visual.

As palestras se desenvolveram de forma que os princípios de ensino aos adultos e idosos relacionaram-se à necessidade de saber que parece exigir uma aplicação prática dos saberes pretendidos na vida oferecendo assim uma referência à significância do processo de aprendizado, valorizando-se ainda o autoconceito ou autodirecionamento. Por ele onde o aluno adulto pode sentir-se parte integrante do planejamento de seu aprendizado, além de relatos de experiências entre os idosos e o pesquisador e, finalmente, durante as palestras, foram identificadas situações de aplicabilidade prática dos conceitos das palestras em sua vida cotidiana.

Em seguida os idosos foram questionados acerca do nível de compreensão dos temas da palestra no questionário de Kirkpatrick (1967) após cada um dos encontros.

4. RESULTADOS

Resultados

O total de 60 indivíduos foram incluídos na pesquisa. Trinta e cinco indivíduos relataram ter pelo menos um episódio de queda no último ano. Destes, 21 casos (60%) aconteceram em casa e 14 (40%) aconteceram na rua.

A tabela 1 mostra o resultado dos parâmetros sócio demográfico dos indivíduos que participaram do estudo.

Tabela 1. Característica sócio demográfica da amostra

Sexo	Masculino	7 (11,7%)
	Feminino	53 (88,3%)
Estado Civil	Viúvo	24 (40,0%)
	Casado	12 (20,0%)
	Separado	9 (15,0%)
	Solteiro	15 (25,0%)
Mora Sozinho	Sim	15 (25,0%)
	Não	45 (75,0%)
Possui Cuidador	Sim	10 (16,7%)
	Não	50 (83,3%)
Moradia	Casa	57 (95,0%)
	Apartamento	3 (5,0%)
Escolaridade	0 ano	11 (18,3%)
	1-3 anos	31 (51,7%)
	1-8 anos	9 (15,0%)
	>8 anos	9 (15,0%)
Idade	60-69 anos	33 (55,0%)
	70-79 anos	24 (40,0%)
	≥80	3 (5,0%)
Aposentado	Sim	43 (71,7%)
	Não	17 (28,3%)

A tabela 2 mostra a frequência de queda de acordo com a escolaridade dos participantes. A escolaridade não foi um fator que influenciou na frequência de queda dos participantes ($P>0,05$) (tabela 2).

Tabela 2. Frequência de queda de acordo com a escolaridade do participante

		Escolaridade				Total	p
		Zero anos	1-3 anos	1-8 anos	>8 anos		
Queda no último ano	Sim	7 (20,0%)	18 (51,4%)	5 (14,3%)	5 (14,3%)	35 (100,0%)	0,980
	Não	4 (16,0%)	13 (52,0%)	4 (16,0%)	4 (16,0%)	25 (100,0%)	
Total		11 (18,3%)	31 (51,7%)	9 (15,0%)	9 (15,0%)	60 (100,0%)	

A tabela 3 mostra a frequência de respostas afirmativas em cada nível de avaliação nos quatro encontros realizados. As avaliações dos níveis 1 e 2 iniciaram-se com 100% de respostas afirmativas e não se alteraram durante os encontros. Por sua vez, para os níveis 3 e 4 houve um aumento gradativo da frequência de resposta afirmativa, o que mostra que, apesar de não ter havido diferença significativa; para a mudança no comportamento (nível 3) e nos resultados (nível 4) há necessidade de intervenção contínua para atingir maior eficiência nesses níveis (tabela 3).

Tabela 3. Frequência de respostas afirmativas de acordo com cada encontro e em cada nível de avaliação

Nível	Encontros				p
	1	2	3	4	
1	100%	100%	100%	100%	1,000
2	100%	100%	100%	100%	1,000
3	70%	76,7%	90%	96,7%	0,146
4	76,7%	76,7%	70%	86,7%	0,596

A tabela 4 mostra a frequência absoluta dos escores da auto percepção da saúde (APS) após a realização dos encontros. Os resultados expressaram que houve uma correlação significativa entre o número de encontros e o aumento dos escores da autopercepção da saúde ($R_s = 0,362$, $p < 0,001$), em outras palavras, os escores melhoraram com o decorrer dos encontros (tabela 4).

Tabela 4. Frequência absoluta dos escores da auto percepção da saúde (APS) após quatro encontros

APS	Encontros				p
	1	2	3	4	
Muito ruim	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	<0,001
Ruim	13,3%	3,3%	3,3%	0,0%	
Regular	46,7%	36,7%	30,0%	20,0%	
Boa	40,0%	50,0%	50,0%	56,7%	
Muito boa	0,0%	10%	16,7%	23,3%	

5. DISCUSSÃO

Discussão

De acordo com os dados sócio-demográficos, a maioria da amostra se estabeleceu no sexo feminino. Em estudo realizado por Nascimento e Tavares (2016), para a verificação da prevalência e fatores associados a quedas em idosos, também se constatou uma maioria do sexo feminino no estudo. Sobre esse fenômeno, denominado feminização do envelhecimento, Camarano, Kanzo e Fernandes (2013) o atribuem ao fator de que a longevidade das mulheres é maior em relação a dos homens. Deponti e Acosta (2010) apontam ainda que as mulheres vivem, em média, sete anos mais do que os homens e estão vivendo mais tempo do que em épocas passadas.

No presente estudo houve a maioria da participação de idosas do sexo feminino, fato este justificável em decorrência de que as palestras foram ministradas nos grupos da Pastoral da Pessoa idosa, sendo a participação por livre adesão. As idosas, então, parecem aderir mais ativamente nos grupos de comunidades, corroborando com achados de Modeneze, Maciel, Vilela Júnior, Sonati e Vilarta (2013), que realizou estudo para avaliar o perfil epidemiológico e socioeconômico de idosos ativos com 82 idosos, observou que o número de idosos do sexo feminino foi mais prevalente.

Sendo assim, ressalte-se que a população feminina se predispõe muito mais à participação em grupos de apoio, em que possa compartilhar suas dificuldades e seus aprendizados do que a população masculina segundo Cesário, Leal e Marques (2017).

Valer, Bierhals, Aires e Paskulin (2015) estudaram significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos, sendo sua maioria da amostra igualmente composta em sua maioria de pessoas idosas do sexo feminino. Segundo Rizzolli e Surd (2010), os grupos de convivência e educativos para idosos, tais como os grupos da presente pesquisa, estimulam o convívio de idosos sendo um espaço para desencadear, tanto no idoso quanto na comunidade ao qual ele está inserido, fortalecendo assim, o papel social. O presente estudo parece confirmar essa

tendência, uma vez que estabeleceu que a maioria da amostra foi constituída de idosos do sexo feminino.

Outra característica desse grupo populacional é que nele existe uma maior proporção de viúvas do que em qualquer outra faixa etária, sendo esta também, no presente estudo, o estado civil mais presente, corroborando com estudo de Lima et al. (2016) que realizaram uma pesquisa, com 247 idosas, para analisar a prevalência e os fatores associados à independência funcional de mulheres idosas na comunidade, onde sua maioria da amostra também foi composta de viúvas.

Em nossa pesquisa o maior número de idosos não mora sozinho. Para Haragus (2014) este fato de o idoso viver em companhia dos filhos ou familiares é um fator de proteção favorecendo as trocas intergeracionais, valorizando ainda a segurança para imprevistos funcionais ou de saúde que necessite de cuidados. Somado a isso, Küchemann (2012) defende que, por falta de recursos financeiros, a grande maioria dos idosos recebe assistência de cuidado por familiares. Cumpre ressaltar que, no presente estudo, a maioria dos idosos não possuía cuidador formal, visto que a necessidade de um cuidador formal é geralmente vinculado ao déficit cognitivo e ou funcional dos idosos. Em nossa amostra contemplamos idosos com nível cognitivo preservado dentro dos limites aceitáveis de normalidade e funcionalmente aptos pois participam ativamente das atividades do grupo de convivência.

No presente estudo não houve associação de quedas com o nível de escolaridade. Tal resultado está em desacordo com Vieira et al. (2018) que evidenciou tal associação, na qual a maior incidência de quedas ocorreu em idosos com menor nível de escolaridade. Segundo os mesmos autores, um em cada três idosos sofre episódios de uma queda no último ano pelo menos sendo que 12,0% deles sofrem fraturas decorrentes do evento. Porém nossos resultados estão de acordo com a pesquisa realizada por Cruz et al. (2012), para estimar a prevalência de quedas e fatores associados em 420 idosos, que também não houve relação das quedas com nível de escolaridade dos idosos.

Ressaltando o problema das quedas, Nascimento e Tavares (2016) analisaram 729 idosos, e constataram que 28,3% já haviam sofrido quedas e em estudo corroborando com estudo conduzido por Battistella e Alfieri (2011) que verificaram que as quedas atingem cerca de 30% dos idosos, representando um dos problemas mais importantes entre os idosos, trazendo consigo consequências danosas sociais e funcionais.

No presente estudo, se considerada a frequência de queda na amostra estudada, foi ela presente em todos os níveis de escolaridade.

De acordo com o local de ocorrência dessas quedas a maior frequência de quedas ocorreu em domicílio, corroborando com Ribeiro, Souza, Atie, Souza e Schilithz (2008) que investigaram a influência de quedas na qualidade de vida de 37 idosos, onde revelou que cerca de 60% das quedas ocorreram no domicílio.

Neste contexto, o idoso, muitas vezes passa a maior parte do tempo em sua residência, que o pode oferecer um ambiente, que embora lhe seja familiar e seguro, pode tornar-se um ambiente de risco por nesse ambiente, a pessoa idosa tem sua prontidão diminuída em decorrência à sua autoconfiança para se deslocar, pelo conhecimento que possui sobre o ambiente domiciliar. Há também uma redução da atenção porque as atividades que desempenha em seu domicílio são costumeiras, dessa forma, quedas que poderiam facilmente ser evitados são fatores desencadeantes na redução da mobilidade e conseqüentemente da capacidade funcional nos idosos (Ferretti, Lunardi, & Bruschi, 2013).

Segundo Reichert, Loch e Capilheira (2012), observa-se uma associação positiva da autopercepção de saúde regular/ruim de acordo com o avançar da idade; contudo, os autores ressaltam que aspectos culturais, psicológicos e ainda sociais podem influenciar a percepção de saúde dos indivíduos. Aceita-se dessa forma a hipótese de que, especialmente em países em desenvolvimento, podem-se produzir padrões de autopercepção de saúde diferenciados entre sujeitos com diferentes condições e características peculiares. Na presente pesquisa, dentre os idosos que sofreram queda,

houve uma melhora do escore subjetivo da auto percepção da saúde na amostra estudada, reduzindo os idosos que classificaram como *ruim* e *regular* e aumentando os que classificaram como *boa* e *muito boa*.

Pesquisa de coorte realizada por Confortin et al. (2017) também registaram uma melhora da autopercepção de saúde em idosos acompanhados por 4 anos apesar de não apresentarem mudanças relevantes em suas características sociodemográficas e comportamentais.

Com relação ao nível de aprendizado, no qual se avalia Reação/ Satisfação, níveis 1 e 2, se mantiveram com referência afirmativa desde o primeiro encontro. No que se refere ao nível 3, para mudança de comportamento e no nível 4 para resultados no cotidiano, houve incremento das respostas afirmativas apesar de não ter havido diferença significativa.

Santos et al. (2017) elaboraram um projeto de educação em saúde de idosos visando esclarecimentos acerca da administração de medicamentos pelos idosos e doenças crônicas. Os pesquisadores, no entanto, avaliaram as perspectivas dos discentes envolvidos no projeto e não da aprendizagem dos idosos. Na presente pesquisa foi verificado o aprendizado na perspectiva dos idosos que receberam as informações.

Há uma escassez de pesquisas que mensurem o nível de aprendizado em idosos acerca de temas relevantes no seu cotidiano.

6. CONCLUSÃO

Conclusão

Os níveis de conhecimento de idosos acerca do risco de quedas e sua aplicabilidade na vida cotidiana aumentou, embora esse incremento não tenha tido diferença significativa. A escolaridade não demonstrou relação com o risco de quedas no presente estudo enquanto que, com relação a autopercepção da saúde, houve correlação positiva no decorrer dos encontros.

A pesquisa apresentou limitações com relação ao número de encontros, apenas 4, sendo necessário um acompanhamento mais contínuo para se verificar a real alteração em comportamento dos idosos acerca do tema educativo exposto.

A escassez de literatura acerca do tema também foi uma limitação para o estudo e espera-se que a presente pesquisa possa estimular novos estudos nessa área, principalmente na elaboração de estudos para que se possa verificar o nível de aprendizado em idosos acerca de temas relevantes ao seu estágio de vida para que, assim, possam servir de ponto de partida para a elaboração de programas efetivos de transmissão de conhecimento educativo aos gerontes.

BIBLIOGRAFIA

- Battistella, L. R., & Alfieri, F. M. (2011). *Acta Fisiátrica*, 18(1), 45-48.
- Bollela, V. R., & Castro, M. (2014). Avaliação de programas educacionais nas profissões da saúde: conceitos básicos. *Medicina*, 47(3), 332-342.
- Borges, A. M., Santos, G., Kummer, J. A., Fior, L., Molin, V., & Wibeling, L. M. (2014). Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(1), 79-86.
- Brucki, S. M. D., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F., & Okamoto, I. H. (2003). Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 61(3-B), 777-781.
- Camarano, A. A., Kanzo, S., & Fernandes, F. (2013). Envelhecimento populacional, perda da capacidade laborativa e políticas públicas brasileiras entre 1992 e 2011. *IPEA Texto para Discussão*, (1890), 1-38.
- Caramelli, P., Herrera, E., Jr., & Nitrini, R. (1999). O mini exame do estado mental no diagnóstico de demência em idosos analfabetos. *Arquivos de Neuro Psiquiatria*, 57 (supl 1), S7.
- Cesário, V. A. C., Leal, M. C. C., Marques, A. P. O., & Claudino, K. A. (2017). Estresse e qualidade de vida do cuidador familiar de idosos portador da doença de Alzheimer. *Saúde Debate*, 41(112), 171-182.
- Confortin, S. C., Schneider, I. J. C., Antes, D. L., Cembranel, F., Ono, L. M., Marques, L. P., Borges, L. J., Krug, R. R., & d'Orsi, E. (2017). Condições de vida e saúde de idosos: resultados do estudo de coorte EpiFloripaIdoso. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(2), 305-317.
- Couto, F. B. D., & Perracini, M. R. (2012). Análise multifatorial do perfil de idosos ativos com história de quedas. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(4), 693-706.
- Cruz, D. T., Ribeiro, L. C., Vieira, M. T., Teixeira, M. T. B., Bastos, R. R., & Leite, I. C. G. (2012). Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. *Revista de Saúde Pública*, 46(1), 138-146.
- Deponti, R. N., & Acosta, M. A. F. (2010). Compreensão dos idosos sobre os fatores que influenciam o envelhecimento saudável. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 15(1), 33-52.

- Ferretti, F., Lunardi, D., & Bruschi, L. (2013). Causas e consequências de quedas de idosos em domicílio. *Fisioterapia e Movimento*, 26(4), 753-762.
- Freitas, S. A., Carvalho, R. L., & Vilas Boas, V. (2013). Controle postural em idosos: aspectos sensoriais e motores. *Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde*, 3(2):19-29.
- Freitas, D.H.M., et al. (2010). Autopercepção da saúde e desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(1):32-5.
- Gonçalves, D. F. F., Ricci, N. A., & Coimbra, A. M. V. (2009). Equilíbrio funcional de idosos da comunidade: comparação em relação ao histórico de quedas. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 13(4), 316-323.
- Haragus, M. (2014). Intergenerational solidarity in co-residential living arrangements. *Revista de Asistentia Sociala*, (4), 27-42.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2014). Estimativas populacionais para os municípios brasileiros em 01.07.2014. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado em 25 jan, 2018, de http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa_dou.shtm.
- Kindelan-Calvo, P., Gil-Martínez, A., Paris-Aleman, A., Pardo-Montero, J., Muñoz-García, D., Angulo-Díaz-Parreño, S., & La Touche, R. (2014). Effectiveness of therapeutic patient education for adults with migraine. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Pain Medicine*, 15(8), 1619-1636.
- Kirkpatrick, D. L. (1967). Evaluation of training. In: R. L., Craig, & L. R. Bittel (Ed.). *Training and development handbook* (pp. 87-112). New York: McGraw-Hill.
- Küchemann, B. A. (2012). Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Sociedade e Estado*, 27(1), 165-180.
- Lima, I. F., Azevedo, R. C. S., Reiners, A. A. O., Silva, A. M. C., Souza, L. C., & Almeida, N. A. (2016). Fatores associados à independência funcional de mulheres idosas no município de Cuiabá/MT. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(5), 827-837.
- Meireles, A. E., Pereira, L. M. S., Oliveira, T. G., Christofolletti, G., & Fonseca, A. L. (2010). Alterações neurológicas fisiológicas ao envelhecimento afetam o sistema mantenedor do equilíbrio. *Revista Neurociências*, 18(1), 103-108.

- Ministério da Saúde (Brasil). (2006). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Modeneze, D. M., Maciel, E. S., Vilela, G. B., Jr., Sonati, J. G., & Vilarta, R. (2013). Perfil epidemiológico e socioeconômico de idosos ativos: qualidade de vida associada com renda, escolaridade e morbidades. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 18(2), 387-399.
- Morsch, P., Myskiw, M., & Myskiw, J. C. (2016). A problematização da queda e a identificação dos fatores de risco na narrativa de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(11), 3565-3574.
- Nascimento, J. S., & Tavares, D. M. S. (2016). Prevalência e fatores associados a quedas em idosos. *Texto & Contexto Enfermagem*, 25(2), 1-9.
- Nascimento, R. G., Monteiro, E. L., Ferreira, L. S., & Santos, Z. N. L. (2013). Nível de conhecimento de idosos comunitários em relação ao HIV/Aids: estudo exploratório na rede básica de saúde de Belém, Pará, Brasil. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 10(1), 113-122.
- Oliveira, G. G., & Prati, A. M. (2014). Efetividade de um programa fisioterapêutico proprioceptivo para treino de equilíbrio em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 11(1), 54-64.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Pastoral da Pessoa Idosa [PPI]. 2004. Estatuto da Pastoral da Pessoa Idosa. Curitiba: PPI. Recuperado em 25 jan, 2018, de <http://pastoraldapessoaidosa.org.br/images/stories/pdf/estatuto.pdf>.
- Pedrinelli, A., Garcez-Leme, L. E., & Nobre, R. S. A. (2009). O efeito da atividade física no aparelho locomotor do idoso. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 44(2), 96-101.
- Pereira, S. R. M., Buksman, S., Perracini, M., Py, L., Barreto, K. M. L., & Leite, V. M. M. (2001). *Queda em idosos*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Recuperado em 25 jan, 2018, de www.portalmédico.org.br/diretrizes/quedas_idosos.pdf.
- Reichert, F. F., Loch, M. R., & Capilheira, M. F. (2012). Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(12), 3353-3362.

- Ribeiro, A. P., Souza, E. R., Atie, S., Souza, A. C., & Schilithz, A. O. (2008). A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciências & Saúde Coletiva*, 13(4), 1265-273.
- Rizzolli, D., & Surd, A. C. (2010). Percepção dos idosos sobre grupos de terceira idade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(2), 225-233.
- Rodrigues, G. D., Barbeito, A. B., & Alves, E. D., Jr. (2010). Prevenção de quedas no idoso: revisão da literatura brasileira. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, 10(59), 431-437.
- Roldão, F. D. (2009). Aprendizagem contínua de adulto-idosos e qualidade de vida: refletindo sobre possibilidades em atividades de extensão nas universidades. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 6(1), 61-73.
- Rosa Neto, F. (2009). *Manual de avaliação motora para a terceira idade*. Porto Alegre: Artmed.
- Santos, S. L. F., Alves, H. H. S., Oliveira, R. A., Paiva, C. E. Q., Pessoa, C. V., & Barros, K. B. N. T. (2017). Relato de experiência sobre educação em saúde a idosos: percepção dos discentes. *Revista de APS*, 20(3), 450-455.
- Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. (2008). Queda em idosos: prevenção. São Paulo: ABB/CFM.
- Tavares, A. C., & Sacchelli, T. (2009). Avaliação da atividade funcional em idosos submetidos à cinesioterapia em solo. *Revista Neurociências*, 17(1), 19-23.
- Valer, D. B., Bierhals, C. C. B. K., Aires, M., & Paskulin, L. M. G. (2015). O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(4), 809-819.
- Vieira, L. S., Gomes, A. P., Bierhals, I. O., Farías-Antúnez, S., Ribeiro, C. G., Miranda, V. I. A., Lutz, B. H., Barbosa-Silva, T. G., Lima, N. P., Bertoldi, A. D., & Tomasi, E. (2018). Falls among older adults in the South of Brazil: prevalence and determinants. *Revista de Saúde Pública*, (5), 22.
- Witter, C., Buriti, M. A., Silva, G. B., Nogueira, R. S., & Goma, E. F. (2013). Envelhecimento e dança: análise da produção científica na Biblioteca Virtual de Saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(1), 191-199.

APÊNDICES

Apêndice I - Ficha de Avaliação

IDENTIFICAÇÃO

1 - VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Nome: _____

Sexo: () Masculino () Feminino Idade: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Contatos: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

Profissão: _____

Aposentado: () Sim () Não

Estado Civil: () Casado () Solteiro () Viúvo () Separado () Outros: _____

Mora Sozinho: () Sim () Não

Possui cuidador: () Sim () Não

Tipo de Moradia: () Casa () Apartamento

Escolaridade: () Analfabeto () Fundamental () Médio () Universitário

2 - VARIÁVEIS CLÍNICAS

Altura: _____ Peso: _____

Caiu no Último Ano: () Sim () Não Quantas Vezes: _____

Já Caiu Outras Vezes: () Sim () Não

Onde: () Cozinha () Sala () Quarto () Banheiro () Rua () Pátio

Como: () Escorregou no Tapete () Caiu do sofá

() Tropeçou em buracos () Marcha Instável

Houve fratura: () Sim () Não

Medo de Cair: () Sim () Não

Consumo de Álcool: () Sim () Não

Faz Uso de Dispositiva para auxiliar a marcha: () Sim () Não

Qual: () Muletas () Cadeira de Rodas () Bengala () Andador

Apêndice II - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Estudo:

IMPACTO DA ABORDAGEM EDUCACIONAL NO NÍVEL DE CONHECIMENTO DE IDOSOS ACERCA DOS RISCOS DE QUEDA

O Sr(a) está sendo convidado a participar de um estudo de pesquisa que se destina a impacto da abordagem educacional no nível de conhecimento de idosos acerca dos riscos de queda.

O estudo será feito da seguinte forma: coleta de seus dados pessoais, sociodemográficos e clínicos. Em seguida, os idosos o Sr.(a) será submetido(a) à avaliação de teste de cognição mental onde será aplicado o MINI Mental, posteriormente, haverá resolução de questionamento acerca de fatores de risco de quedas seguida de palestra informativa sobre o tema de quedas e minimização de seus fatores de risco. Por último, iremos avaliar seu nível de compreensão após as palestras, através da resposta de questionário.

Os benefícios que você deverá esperar com a sua participação, será: a verificação do escore de seu componente de cognição e informação para aquisição de conhecimentos preventivos para quedas.

A qualquer momento, o Sr.(a) poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que para isto sofra qualquer penalidade ou prejuízo.

Será garantido o sigilo quanto a sua identificação e das informações obtidas pela sua participação, exceto aos responsáveis pelo estudo, e a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Pesquisador responsável

Agege Haidar Filho

CREFITO 16 – 21091.F – MA

ENDEREÇO: Universidade Ceuma Rua Josué Montelo número 1. Renascença II São Luís
MA.

CONTATOS: (98) 99751956

São Luis, ____/____/____

Assinatura do sujeito ou responsável

ANEXOS

Anexo I - Mini Mental

Apendice - Mini-exame do estado mental

Orientação temporal - pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta)

- *Que dia é hoje?*
- *Em que mês estamos?*
- *Em que ano estamos?*
- *Em que dia da semana estamos?*
- *Qual a hora aproximada?* (considere a variação de mais ou menos uma hora)

Orientação espacial - pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta)

- *Em que local nós estamos?* (consultório, dormitório, sala – apontando para o chão)
- *Que local é este aqui?* (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa).
- *Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima.*
- *Em que cidade nós estamos?*
- *Em que Estado nós estamos?*

Memória imediata: *Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir:* carro, vaso, tijolo (dê 1 ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). Use palavras não relacionadas.

Cálculo: subtração de setes seriadamente (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). Considere 1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrigir.

Evocação das palavras: pergunte quais as palavras que o sujeito acabara de repetir – 1 ponto para cada.

Nomeação: peça para o sujeito nomear os objetos mostrados (relógio, caneta) – 1 ponto para cada.

Repetição: *Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim:* "Nem aqui, nem ali, nem lá".

Considere somente se a repetição for perfeita (1 ponto)

Comando: *Pegue este papel com a mão direita* (1 ponto), *dobre-o ao meio* (1 ponto) e *coloque-o no chão* (1 ponto). Total de 3 pontos. Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.

Leitura: mostre a frase escrita "FECHE OS OLHOS" e peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado. Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando.

Frase: Peça ao indivíduo para escrever uma frase. Se não compreender o significado, ajude com: *alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer.* Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos (1 ponto).

Cópia do desenho: mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos (1 ponto)

<i>Escolaridade em anos</i>	<i>0</i>	<i>1-3</i>	<i>1-8</i>	<i>4-7</i>	<i>>8</i>
<i>SCORE</i>	<i>13</i>		<i>18</i>		<i>26</i>

Fonte: Bertollucci, Brucci, Campacci e Juliano (1994)

Anexo II - Escala dos Níveis de Avaliação de Kirkpatrick

NÍVEL 1	REAÇÃO/ SATISFAÇÃO	Avalia se os participantes gostaram do treinamento
NÍVEL 2	APRENDIZAGEM	Observa o conhecimento adquirido
NÍVEL 3	MUDANÇA DE COMPORTAMENTO	Avalia o que há de diferente no comportamento após a palestra
NÍVEL 4	RESULTADOS	Avalia o impacto gerado

Nível 1. O Sr(a) gostou do tema e da palestra?

Nível 2. O Sr(a) considera aquisição de conhecimentos novos com o conteúdo da palestra?

Nível 3. O Sr(a) se considera capaz de adotar comportamentos preventivos às quedas apresentados na palestra em seu cotidiano?

Nível 4. O Sr(a) se considera capaz de reproduzir para outras pessoas as informações aprendidas na palestra?

Fonte: Adaptado de Kirkpatrick (1976)

Anexo III – Escala de Auto percepção de saúde

	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>Muito boa</i>				
<i>Boa</i>				
<i>Regular</i>				
<i>Ruim</i>				
<i>Muito ruim</i>				

Fonte: *Freitas et al, (2010)*

Anexo IV - Parecer consubstancial do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPACTO DA ABORDAGEM EDUCACIONAL NO NÍVEL DE CONHECIMENTO DE IDOSOS ACERCA DOS RISCOS DE QUEDA

Pesquisador: Agêge Haldar Filho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 77345717.5.0000.5084

Instituição Proponente: Centro Universitário do Maranhão - UNICEUMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.319.705

Apresentação do Projeto:

No processo de envelhecimento, é comum destacar-se, também, as doenças crônicas degenerativas que levam a alterações em vários órgãos do

Idoso, bem como distúrbios de postura e equilíbrio. Dessa forma, o comprometimento estrutural desse sistema gera um dos principais fatores que, hoje, limita a vida do Idoso, a Instabilidade postural e, consequentemente a funcional, que vem acompanhada da dificuldade em manter posturas adequadas e que frequentemente ocasionam as quedas

Objetivo da Pesquisa:

avaliar o Impacto da abordagem educacional no nível de conhecimento de Idosos acerca dos riscos de queda.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Dentre os benefícios está o esclarecimento aos Idosos quanto à prevenção e fatores de risco de quedas. Quanto aos riscos está a possibilidade do Idoso ficar constrangido para responder o questionário ou teste cognitivo mas Informa o proponente que a equipe de pesquisadores é treinada para identificação e esclarecimentos necessários à tranquilidade dos durante a abordagem.



Continuação do Parecer: 2.319.705

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Apresenta método adequado e pertinentes aos objetivos propostos. O estudo proporcionará melhora do nível de conhecimento dos idosos acerca de quedas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

OS termos obrigatórios foram apresentados e seguem as diretrizes da resolução 466/12 da CONEP

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O PESQUISADOR DEVERÁ APRESENTAR A ESTE CEP RELATÓRIO FINAL DA PESQUISA

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_976654.pdf	06/09/2017 08:00:36		Aceito
Outros	autorizacao.docx	06/09/2017 08:00:08	Agêge Haldar Filho	Aceito
Folha de Rosto	ASSINADA.doc	01/09/2017 17:23:43	Agêge Haldar Filho	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.doc	31/08/2017 11:08:09	Agêge Haldar Filho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.doc	31/08/2017 11:06:31	Agêge Haldar Filho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	31/08/2017 08:26:19	Agêge Haldar Filho	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	10/08/2017 17:20:55	Agêge Haldar Filho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não